

سلامت روانی - اجتماعی و راهکارهای بهبود آن

دکتر احمدعلی نوربالا*

[دریافت مقاله: 1390/2/1؛ پذیرش مقاله: 1390/3/22]

است. به دنبال آن کشورهای توسعه یافته به سرعت راهکارهایی برای اصلاح بهداشت روانی - اجتماعی جوامع خود تدارک دیده، به مرحله اجرا در آورده اند. به نظر می رسد زمان آن فرا رسیده که کشور ما نیز به طرح این موضوع مهم و حیاتی بپردازد؛ این مقاله با هدف بررسی نارسایی های سلامت روانی - اجتماعی و آرایه راهکارهای بهبود آن، نیز وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رسالت فرهنگستان علوم پزشکی ایران در این زمینه تنظیم شده است. بر پایه اظهار نظر سازمان جهانی بهداشت (2001) در سال 1990 میلادی از ده بیماری که بیشترین میزان ناتوانی را در جهان سبب شده اند، پنج مورد آن مربوط به بیماری های روانی است (افسردگی اساسی⁴، سوء مصرف دارو و الکل⁵، اختلال خلقی دو قطبی⁶، اسکیزوفرنی⁷ و اختلال وسواسی - اجباری⁸). بر پایه پیش بینی های پژوهشگران بین المللی بار اختلال افسردگی، حوادث و سوانح، عوارض جنگ، خشونت و صدمه به خود از سال 1990 تا سال 2020 به ترتیب از رتبه چهارم به دوم، نهم به سوم (گفتنی است کشور ما در حال حاضر از این نظر در بدترین وضعیت است)، شانزدهم به هشتم (احتمال افزایش این رتبه پس از حادثه 11 سپتامبر 2001 و واکنش های پس از آن بیشتر شده است)، نوزدهم به دوازدهم و هفدهم به چهاردهم جابه جا می شود (کریستوفر⁹، آلن¹⁰ و لوپز¹¹، 1996). در جدیدترین پیش بینی WHO بار اختلال افسردگی از سال 2002 به سال 2030 میلادی در

در اساس نامه سازمان جهانی بهداشت¹ (WHO) سلامت «نه تنها نبود بیماری یا معلولیت»، بلکه «حالت بهینه خوب بودن جسمی، روانی و اجتماعی» تعریف شده است (گزارش سازمان جهانی بهداشت، 2001). مفهوم سلامت روانی نیز از نظر WHO چیزی فراتر از نبود اختلال های روانی و شامل 1- خوب بودن ذهنی، 2- ادراک خود کارآمدی، 3- استقلال و خودمختاری، 4- کفایت و شایستگی، 5- وابستگی میان نسلی و 6- خود شکوفایی توانمندی های بالقوه فکری و هیجانی است (همان جا). اختلال رفتاری - روانی عبارت است از حالات قابل توجه بالینی که با تغییر در تفکر، خلق، هیجان یا رفتار مشخص و با ناراحتی و تشویش شخصی و یا اختلال کارکرد زندگی همراه باشد. این تغییرات در گستره هنجار جامعه قرار نمی گیرند و به صورت واضح غیرعادی و بیمارگونه و مداوم یا عودکننده هستند (همان جا؛ سادوک²، سادوک و رالز³، 2009).

گرچه WHO از سال 1946 میلادی برای سلامت تعریف سه بعدی زیستی، روانی و اجتماعی را بیان کرده است، اما در بیشتر کشورها دو بعد روانی و اجتماعی سلامت تا حد زیادی به وسیله متولیان سامانه سلامت و حاکمان کشورها نادیده گرفته شده، که البته کشور ما نیز از این قاعده مستثنی نبوده است. از حدود دو دهه پیش WHO نسبت به این بی توجهی زیان بار هشدار جدی داده و به نقش نزدیک به 85 درصدی عوامل روانی - اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت اشاره کرده

* روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران. تهران، انتهای بلوار کشاورز، بیمارستان امام خمینی، بخش روان تنی. دورنگار: 021-66930330
E-mail: noorbala@tums.ac.ir

1- World Health Organization

3- Rulz

5- alcohol and drug abuse disorder

7- schizophrenia

9- Christopher

11- Lopez

2- Sadock

4- major depression

6- bipolar mood disorder

8- obsessive compulsive disorder

10- Alan

رشد جمعیت است. همچنین میزان مصرف تزریقی مواد در 10 سال گذشته 330 درصد رشد داشته است، به بیان دیگر رشد متوسط 33 درصدی در هر سال (رحیمی موفر، محمد و رزاقی، 2002)!

ب- پژوهش کیفی بررسی مشکل های اجتماعی در اولویت ایران (مدنی، وامقی و رفیعی، 2007، به نقل از مدنی، 2008) از افراد صاحب نظر با کاربرد روش دلفی¹ نشان داد 15 مشکل اعتیاد، بیکاری، خشونت، بی اعتمادی اجتماعی، فقر اقتصادی، فساد، تبعیض اجتماعی، بی عدالتی در برخورداری از قدرت، نزول ارزش ها، افزایش میزان جرایم، سیاست های اقتصادی، معضل ترافیک، مسایل آموزش و پرورش، رعایت نشدن حقوق شهروندی و نابرابری در اجرای قانون مورد اجماع صاحب نظران است. بنابراین اعتیاد به عنوان مهم ترین مشکل اجتماعی ایران در نظر گرفته شده است.

اثرات مفید موقت مواد مخدر عبارت است از: دردزدایی، اضطراب زدایی، نشاط افزایی، جسارت زایی و مهار گسیختگی و اثرات تداوم در مصرف مواد مخدر عبارت است از ایجاد وابستگی فیزیکی و روانی و تحمل². مرداب اعتیاد محصول پدیده فریبده اثرات مفید و گذرای مواد و درگیر شدن در دام پدیده وابستگی و تحمل است.

2- یافته های پژوهشی سلامت روان در ایران

الف- بررسی سلامت روان در ایران (نوربالا، محمد، باقری یزدی و یاسمی، 2000، 2001، 2002 و 2004) روی 35014 نفر از جمعیت بالای 15 سال (نزدیک 0/001 خانوارها) با کاربرد پرسش نامه سرنندی 28 گویه ای سلامت عمومی³ (GHQ-28) شیوع اختلال روانی در سال 1378 را در کل کشور، استان تهران و شهر تهران به ترتیب 21 درصد (25/9% زنان و 14/9% مردن)، 21/2 درصد و 21/5 درصد گزارش کرد.

ب- همه گیرشناسی⁴ اختلال های روان پزشکی در ایران (محمدی و همکاران، 2002، 2003 و 2005) روی 25180 نفر از جمعیت بالای 18 سال با کاربرد آزمون 904 گویه ای برنامه اختلال های عاطفی و اسکیزوفرنیا⁵ (SADS) شیوع اختلال روانی در سال 1380 را در کل کشور و استان تهران به ترتیب 17/10 درصد (23/4% زنان و 10/8% مردان) و 14/29 درصد نشان داد.

کشورهای توسعه یافته از رتبه چهارم به رتبه نخست و در کشورهای در حال توسعه از رتبه چهارم به رتبه دوم پس از HIV/AIDS می رسد. همچنین بار بیماری دیابت که یک اختلال روان تنی است، از رتبه بیستم در سال 2002 به رتبه یازدهم در سال 2030 میلادی کاهش می یابد (سازمان جهانی بهداشت، 2008). در ایران بار بیماری های روانی و اختلال های روانی - رفتاری پس از حوادث عمدی و غیر عمدی، رتبه دوم را در سال 1382 به دست آورده است (نقوی، 2007). تمامی این پیش بینی ها از اهمیت توجه جهانی به سلامت روان در دو دهه آینده حکایت می کند.

بر پایه اظهار نظر کمیسیون عوامل تعیین کننده روانی - اجتماعی سلامت WHO نزدیک 85 درصد عوامل تأثیرگذار بر سامانه سلامت، به جز عوامل زیستی و ژنتیک است، که به نظر می رسد در تمامی کشورها، از جمله ایران، نادیده گرفته شده است. اگر چه برای سلامت اجتماعی تعریف و شاخص گذاری یکسان جهانی وجود ندارد، متناسب با هر منطقه شاخص های خاصی به کار رفته است. از دیدگاه صاحب نظران ایران شاخص های سلامت اجتماعی عبارت است از: نبود فرد فقیر، خشونت، تبعیض جنسی، بیکاری و تبعیض قومی - نژادی - منطقه ای؛ کنترل رشد جمعیت؛ برابری همگان در برابر قانون؛ رعایت پیمان حقوق بشر و سایر پیمان های مرتبط با حقوق انسان؛ آموزش اجباری و رایگان تا پایان دوره راهنمایی؛ دسترسی همگان به خدمات سلامت؛ وجود امنیت و آزادی عقیده؛ احساس رضایت از زندگی؛ زیر پوشش بیمه بودن تمامی مردم؛ توزیع عادلانه درآمدها (حق افراد داده شود و همه برای کسب درآمد فرصت برابر داشته باشند)؛ مشروعیت حکومت نزد مردم؛ انتخاب حاکمان به شیوه مردم سالارانه و نظارت مردم بر آنها (رفیعی، سمیعی، امینی رازانی و اکبریان، 2010).

برخی واقعیت های روانی اجتماعی ایران

1- روند شیوع اعتیاد در ایران

الف - طی 20 سال گذشته از سال 1357 تا 1377 به طور متوسط میزان بروز سوء مصرف مواد سالانه 8 درصد رشد داشته و به بیان دیگر به طور تقریبی هر 12 سال دو برابر شده است. مقایسه این نرخ با نرخ رشد جمعیت، که طی 20 سال گذشته به طور متوسط 2/63 درصد بوده است، نشان گر سه برابر بودن میزان رشد بروز سوء مصرف مواد نسبت به نرخ

1- Delphi method

2- tolerance

3- General Health Questionnaire

4- epidemiology

5- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

وضعیت موجود و آنچه که لازم است مورد توجه قرار گیرد، به صورت خلاصه بدین شرح است: 1- اهمیت سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی در سامانه سلامت کشورها و نیز ایران تا حد زیادی نادیده گرفته شده است. بنابراین برای آینده سلامت روانی و اجتماعی جهان و نیز ایران احساس نگرانی می‌شود. 2- آمار اختلال‌های روانی در ایران در مقایسه با سایر کشورها وضع خوبی ندارد. 3- جامعه ایرانی، جامعه‌ای هیجانی، نگران، غمگین، حرمت‌شکن، غیرقابل پیش‌بینی و به تعبیر برخی بزرگان و مسئولان غیراخلاقی، قانون‌گریز و نظارت‌ناپذیر است، که همگی از عوامل خطر بروز اختلال روانی و بیماری‌های روان - تنی است. 4- در ایران افراد متأهل نسبت به افراد مجرد، به دلایل گوناگون از سلامت روانی بهتری برخوردار نیستند، موضوعی که جای فکر و نگرانی دارد. 5- در ایران سیر فزاینده آمار طلاق، در شهر و روستا نگران‌کننده است که نشان‌گر وجود مشکل و آسیب در خانواده و دست کم اختلال در روابط میان‌فردی است. 6- مهار نشدن، بلکه رشد سیر شیوع پدیده اعتیاد در ایران، با وجود همه مقابله‌های جدی صورت گرفته پیش و پس از انقلاب، نشان‌گر ناموفق بودن اقدامات انجام‌شده بوده، اعتیاد را به مقوله مهم آسیب‌زای روانی - اجتماعی کشور تبدیل کرده است. 7- اگر در بعد پیش‌گیری از بروز عوامل تنش‌زا، در سطح خانواده و اجتماع اقدامی اساسی و بنیادی صورت نگیرد، آینده‌ای ناخوشایند برای کشور پیش‌بینی می‌شود. 8- آموزه‌های دینی و موازین اخلاقی و معنوی جدا از نگاه سیاسی و دیدگاه حاکمان دینی، از عوامل مؤثر در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت روانی به حساب می‌آید. 9- زمینه‌سازی برای کاهش نگرانی و ایجاد فضای آزاد و بانشاط، همراه با امنیت و رفاه اجتماعی و برخورداری جامعه از حقوق و کرامت انسانی و قابل پیش‌بینی، همگی در سطح نخست پیش‌گیری سلامت روانی - اجتماعی قرار می‌گیرد، موضوعی که نادیده گرفته شده است و تدبیری جدی می‌طلبد. 10- آگاهی‌بخشی به همه اقشار جامعه و همه مسئولان تقنینی، اجرایی، قضایی، نظامی، امنیتی و اطلاع‌رسانی درباره عوامل سبب‌ساز آسیب‌های اجتماعی و اختلال‌های روانی و بار این اختلال‌ها بر سلامت، فرهنگ و اقتصاد جامعه از اولویت‌های بسیار مهم است.

در این بخش به استناد مجموعه بحث‌های بیان‌شده در کمیته طرح جامع سلامت روان کشور، موضوع نامه شماره

ج- بررسی سلامت روانی شهر تهران، در راستای پروژه سنجش عدالت در سلامت (نوربالا، باقری یزدی، اسدی‌لاری و واعظ مهدوی، 2011؛ نوربالا، باقری یزدی و محمد، 2009) روی 19370 نفر از جمعیت بالای 15 سال شهر تهران با کاربرد پرسش‌نامه GHQ-28 شیوع اختلال روانی شهر تهران را 34/2 درصد (37/9% زنان و 28/6% مردان) برآورد کرد.

این آمارها در حالی است که بر پایه آمار سازمان جهانی بهداشت (2008) میزان شیوع اختلال روانی در 14 کشور دنیا بین 4/3 درصد در شانگهای چین تا 26/4 درصد در ایالت متحده آمریکا متغیر بوده است.

3- ناپایداری در ساختارها، مدیریت‌ها، ارزش‌ها و تصمیم‌گیری‌ها در ایران

موارد بسیاری از این ناپایداری‌ها در تاریخ پس از انقلاب اسلامی به روشنی به چشم می‌خورد.

4- روند ازدواج و طلاق در ایران

بر پایه آمار منتشرشده دفتر مطالعات دینی - اجتماعی - روان‌شناختی سازمان ملی جوانان ایران (2010) در سال 1388 نسبت به سال 1387 ازدواج یک درصد و طلاق 13/8 درصد رشد داشته است، به بیان دیگر رشد منفی نیم درصدی ازدواج و رشد 14 درصدی طلاق در شهرها و رشد 4/8 درصدی ازدواج و 12/8 درصدی طلاق در روستاها! بر پایه آمار منتشرشده سازمان ثبت احوال کشور در 5 سال گذشته (89-1384) طلاق 37/59 درصد رشد مثبت داشته است. یکی از نکات قابل توجه در این مورد آمار بالای طلاق زوج‌های جوان میان 20 تا 29 سال است که در تمام این پنج سال تکرار شده است (روزنامه آرمان، 2011).

5- روند مصرف داروهای ضد اضطراب در ایران

میانگین مصرف داروهای ضد اضطراب در فاصله سال‌های 1997 تا 1999 و 2007 تا 2009 در ایران در مقایسه با سایر کشورهای آسیایی، رشد قابل توجه داشته است (قدس، 2010).

6- فرار مغزها

بر پایه گزارش صندوق بین‌المللی پول در سال 2006 ایران در میان 91 کشور توسعه‌یافته و در حال توسعه، بالاترین نرخ فرار مغزها را به خود اختصاص داده است، به صورتی که سالانه 150000 تا 180000 نفر از افراد تحصیل‌کرده به کشورهای دیگر مهاجرت کرده‌اند (توکل، 2010).

20386 مورخ 1383/4/22 جناب آقای سید محمد خاتمی، رئیس محترم وقت جمهوری اسلامی ایران (نوربالا و یاسمی، 2004) - که با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، سازمان نظام پزشکی، انجمن علمی روان‌پزشکان ایران، انجمن علمی روان‌شناسی بالینی ایران، سازمان بیمه خدمات درمانی، انستیتو روان‌پزشکی تهران، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، سازمان بهزیستی کشور، نماینده‌ای از کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی و جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران تدوین شده است - و با بهره‌گیری از تجربه‌های شخصی، راهبردها و راهکارهایی برای اصلاح سلامت روانی - اجتماعی جامعه ایران بیان می‌شود:

الف) راهبردهای اختصاصی پیشگیری سطح نخست سلامت روان: 1- انجام بررسی‌های دوره‌ای نیازسنجی با هدف به‌روز کردن اولویت‌های ارتقای سلامت روان جامعه، 2- آموزش و آگاه‌سازی تمام مردم در مورد سلامت روان، 3- تقویت مهارت‌های مرتبط با سلامت روان، مانند مهارت‌های زندگی، مهارت‌های فرزندپروری، مهارت‌های شغلی و مهارت‌های زندگی سالم، 4- ایجاد و تقویت سامانه‌های حمایت اجتماعی، 5- مداخله‌های اجتماعی با هدف کاهش استرس و ارتقای سلامت روان، 6- تاب‌آوری فردی¹، 7- تقویت شبکه‌های ارتباطی محله‌ای، مشارکت شهروندان و فعالیت‌های محله‌ای²، 8- توانمندسازی اجتماعی³، 9- مداخله در بحران برای وضعیت‌هایی مانند طلاق، جدایی، بلایا و آسیب‌های دیگر، 10- کنترل عوامل خطر شناخته‌شده برخی مشکلات و بیماری‌ها مانند خودکشی، خشونت، اعتیاد، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و...، 11- پیش‌گیری از کودک‌آزاری و دیگر خشونت‌های خانگی، 12- دفاع از تمامی برنامه‌های مرتبط با سلامت روان، 13- پیش‌گیری از بروز تنش‌های خانوادگی و اجتماعی و مدیریت علمی در موارد بروز آن‌ها و 14- پایش، ارزشیابی و انجام پژوهش‌های ضروری مرتبط.

ب) راهبردهای اختصاصی پیشگیری سطح دوم سلامت روان: 1- گسترش کمی و کیفی طرح ادغام بهداشت روان در سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه⁴ (PHC) در روستاها با هدف سرند، تشخیص، ارجاع، درمان و پیگیری فعال بیماران روانی، 2- گسترش کمی و کیفی طرح بهداشت روان شهرها به‌وسیله رابطان بهداشتی، 3- گسترش کمی و کیفی مراکز ارایه

خدمات سرپایی و بستری بیماران روان‌پزشکی، 4- پوشش بیمه‌ای (دولتی، خصوصی و تکمیلی) خدمات روان‌پزشکی سرپایی و بستری، 5- عزم عمومی و ملی برای انگ‌زدایی از اختلال‌های روانی و بیماران روانی، 6- اجرایی کردن اختصاص 10 درصد تخت‌های بیمارستان‌های عمومی به بیماران روانی و گسترش روان‌پزشکی رابط - مشاور، 7- تأمین دارو و تجهیزات به‌روز مورد نیاز ارایه خدمات روان‌پزشکی، 8- افزایش سهم اعتباری بودجه بهداشت روان از بودجه بهداشت و درمان کل کشور، 9- تأمین نیروی انسانی مورد نیاز گروه بهداشت روان در سطوح گوناگون تخصصی تا رسیدن به استاندارد جهانی، 10- سامان‌دهی خدمات روان‌شناختی و مشاوره با هماهنگی مراجع مرتبط، 11- بهبود کمی و کیفی آموزش روان‌پزشکی و علوم رفتاری در دوره دانشجویی، کاورزی و تخصصی و 12- انجام بررسی‌های دوره‌ای مربوط به بروز و شیوع اختلال‌های روانی و اعلام روند شیوع و بروز این اختلال‌ها به‌صورت مستمر به مسئولان و مردم.

ج) راهبردهای اختصاصی پیشگیری سطح سوم سلامت روان: 1- ایجاد و گسترش مراکز درمان روزانه⁵ برای بیماران روانی مزمن، 2- گسترش ارایه خدمات ویزیت در منزل برای بیماران روانی مزمن، 3- گسترش خدمات توان‌بخشی و کاردرمانی برای بیماران روانی مزمن، 4- آموزش و حمایت مادی و معنوی خانواده‌های بیماران روانی و 5- تقویت و گسترش سازمان‌های مردم‌نهاد در امر پیش‌گیری، درمان و توان‌بخشی بیماران روانی.

وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد تأمین، حفظ و ارتقای سلامت اجتماعی

لازم است وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور 1- عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت را شناسایی، تعیین محدوده و با موازین بومی و فرهنگی درجه‌بندی نماید، 2- تأثیرات جسمی - روانی و حتی اقتصادی عوامل اجتماعی را بر جامعه بررسی نماید، 3- فراز و فرود و سیر عوامل اجتماعی و تأثیر آن‌ها را به‌طور مداوم بررسی نماید، 4- سهم دستگاه‌ها، نهادها و اشخاص (تقنینی، اجرایی، قضایی، انتظامی، خصوصی و...) برهم‌زننده سلامت اجتماعی را تعیین

1- personal resilience 2- community action
3- social empowerment 4- Primary Health Care
5- day centers

بَقَوْمٍ سُوءًا فَلَا مَرَدَّ لَهُ ۖ وَمَا لَهُمْ مِّنْ دُونِهِ مِّنْ وَّالٍ (قرآن مجید، آیه 11 سوره الرعد).

برای انسان، مأمورانی است که پی در پی، از پیش رو و از پشت سرش او را از فرمان خدا [= حوادث غیرحتمی] حفظ می کنند؛ (اما) خداوند سرنوشت هیچ قومی را تغییر نمی دهد، مگر آنکه آنان آنچه را در خودشان است تغییر دهند! و هنگامی که خدا اراده سوئی به قومی (به دلیل اعمالشان) کند، هیچ چیز مانع آن نخواهد شد و جز خدا سرپرستی نخواهند داشت!

سپاسگزاری

از تمامی افرادی که به مدت تقریبی 10 ماه در جلسه های تدوین طرح پیشنهادی جامع سلامت روان همکاری صمیمانه داشتند، نیز اعضای محترم گروه بهداشت و تغذیه فرهنگستان علوم پزشکی که اجازه طرح این موضوع را در چند جلسه گروه مذکور به اینجانب دادند و به صورت خاص از جناب آقای دکتر جعفر بوالهری که مشوق تدوین و نشر آن در مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران بودند، صمیمانه قدردانی می شود.

منابع

- Christopher, J. L. M., Alan, D., & Lopez, A. (1996). *Comprehensive assessment of mortality and disability from diseases' injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Ghods, H. (2010). Key speaker in the 10th annual congress of the Iranian psychiatric association, Milad hospital, Nov 23, 2010. (Persian)
- Iranian National Youth Organization (2010). *A glance at the status of marriage and divorce in 2009 in Iran*. Deputy of Study and Research of I.R. Iran. (Persian)
- Madani, S. (2008). Priority social problems in Iran. In internal magazine of Rahman Institute (pp. 125-134). Tehran: Rahman Institute. (Persian)
- Mohammadi, M. R., Davidian, H., Noorbala, A. A., Malekafzali, H., Naghavi, H. R., Pouretmad, H. R., Bagheri Yazdi, S. A., Rahgozar, M., Alaghebandrad, J., Amini, H., Razzaghi, E. M., Mesgarpour, B., Soori, H., Mohammadi, M., & Ghanizadeh, A. (2002). *Survey*

و به آن ها و جامعه اطلاع رسانی نماید و 5- با فرهنگ سازی دستگاه ها، نهادها و اشخاص برهم زننده سلامت اجتماعی را از تداوم کار باز دارد.

به بیان دیگر وزارت بهداشت، به همان صورت که به آلودگی های زیستی، میکروبی، صوتی و... حساسیت نشان داده، اقدامات به جا و لازم انجام می دهد، ضرورت دارد نسبت به تنش های روانی - اجتماعی و ناهنجاری های ارتباطی نیز حساس و چاره جو باشد. بنابراین لازم است برای رسیدن به جامعه ای آرام و به دور از تنش، برخورداری از تعادل هیجانی، سرشار از سرور و شادی و پرهیز از غم و خشم افراطی و مراعات کننده جنبه های ارتباطی آحاد افراد بر مبنای اخلاق انسانی و الهی، وزارت بهداشت مشوق، بلکه هدایت گر سیاست گذاران، قانون گذاران، متولیان اجرایی، قضایی، نظامی، انتظامی، امنیتی و ارشادی باشد.

وظایف فرهنگستان علوم پزشکی در تأمین سلامت روانی - اجتماعی

- 1- ارسال نامه رئیس فرهنگستان به وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبنی بر غفلت اساسی در زمینه بهداشت روانی - اجتماعی و ضرورت توجه بیش از پیش به این حوزه برای بهبود ساختار سازمانی، نیروی انسانی، بودجه و اعتبارات به میزان سهم عوامل روانی - اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت جامعه، 2- ارسال نامه رئیس فرهنگستان به رئیس محترم سه قوه، مبنی بر توجه به سلامت روانی - اجتماعی و ضرورت حمایت کامل از وزارت بهداشت و سایر متولیان و دلسوزان این حوزه برای اجرایی شدن پیشنهادهای ارایه شده، 3- دیده بانی و بررسی دقیق و کارشناسانه مستمر شاخص های سلامت روانی - اجتماعی و بازتاب دادن روند مثبت و منفی آن همراه با پیشنهادهای کارشناسی شده به وزارت بهداشت و سایر مسئولان مرتبط با هدف بهبود تدریجی سلامت در این حوزه.

در پایان به تغییر نعمت از دیدگاه قرآنی اشاره می شود:

الف) ذَلِكْ بِأَنَّ اللَّهَ لَمْ يَكُ مُغَيِّرًا نِّعْمَهُ أَنْعَمَهَا عَلَىٰ قَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ ۗ وَأَنَّ اللَّهَ سَمِيعٌ عَلِيمٌ (قرآن مجید، آیه 53 سوره انفال).

این، به دلیل آن است که خداوند، هیچ نعمتی را که به گروهی داده، تغییر نمی دهد، جز آن که آنها خودشان را تغییر دهند؛ و خداوند شنوا و داناست!

ب) لَهُ مُعَقِّبَاتٌ مِّنْ بَيْنِ يَدَيْهِ وَمِنْ خَلْفِهِ يَحْفَظُونَهُ مِنْ أَمْرِ اللَّهِ ۚ إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ ۗ وَإِذَا أَرَادَ اللَّهُ

of epidemiology of psychiatric disorders in Iran in 2001. Tehran: National Medical Sciences Research of Iran Press. (Persian)

- Mohammadi, M. R., Davidian, H., Noorbala, A. A., Malekafzali, H., Naghavi, H. R., Pouretmad, H. R., Bagheri Yazdi, S. A., Rahgozar, M., Alaghebandrad, J., Amini, H., Razzaghi, E. M., Mesgarpour, B., Soori, H., Mohammadi, M., & Ghanizadeh, A. (2003). Epidemiology of psychiatric disorders in Iran in 2001. *Hakim Journal*, 6(1), 55-64. (Persian)
- Mohammadi, M. R., Davidian, H., Noorbala, A. A., Malekafzali, H., Naghavi, H. R., Pouretmad, H. R., Bagheri Yazdi, S. A., Rahgozar, M., Alaghebandrad, J., Amini, H., Razzaghi, E. M., Mesgarpour, B., Soori, H., Mohammadi, M., & Ghanizadeh, A. (2005). An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 16(1), 1-8.
- Naghavi, M. (2007). *National study of burden of disease and injury in I.R. Iran in 2003*. Tehran: Health Deputy of Ministry of Health and Medical Education. (Persian)
- Noorbala, A. A., Bagheri Yazdi, S. A., Asadi Lari, M., & Vaez Mahdavi, M. R. (2011). Survey of mental health of adult population in Tehran in 2009. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 16(4), 479-483. (Persian)
- Noorbala, A. A., Bagheri-Yazdi, S. A., & Mohammad, K. (2009). The validation of General Health Questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. *Hakim Journal*, 11(4), 47-53. (Persian)
- Noorbala, A. A., Bagheri Yazdi, S. A., Yasami, M. T., & Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 184, 70-73.
- Noorbala A. A., Mohammad, K., Bagheri Yazdi, S. A., & Yasami, M. (2000). Study of prevalence of psychiatric disorders in Tehran. *Hakim Journal*, 2(4), 212-223. (Persian)
- Noorbala, A. A., Mohammad, K., Bagheri Yazdi, S. A., & Yasami, M. (2001). *A view of mental health in Iran*. Tehran. (Persian)
- Noorbala A. A., Mohammad, K., Bagheri Yazdi, S. A., & Yasami, M. (2002). Survey of mental health of adult population in I.R. Iran in 1999. *Hakim Journal*, 1, 1-10. (Persian)
- Noorbala A. A., & Yasami M. T., (2004). *Comprehensive proposal for national mental health in Iran*. Due to the Iranian presidential letter of July 13 2004. (Persian)
- Rafiei, H., Samiei, M., Amini Razani, M., & Akbarian, M. (2010). Social health in Iran: From a consensus-based definition to a criterion-based one. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 62(3), 299. (Persian)
- Rahimi Movaghar, A., Mohammad, K., & Razzaghi, O. M. (2002). 30-Year trend of substance abuse in Iran. *Hakim Journal*, 5(3), 171-181. (Persian)
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Rulz, P. (2009). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (9thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tavakol, M. (2010). *Brain drain: Best and worst practices in Asia, a synthesis paper*. Proceeding of APSA, Malaysia.
- 37% increase of divorce in five years (2011). *Arman Newspaper*, No. 1662, July 7, 2011, p. 4. (Persian)
- World Health Organization (2008). *Policies and practices for mental health in Europe, meeting the challenges*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization Report (2001). *Mental health: New understanding, new hope*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.